

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

28

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 novembre 1895, à 1 heure

Par Paul CHAMPENIER
Né à Orval (Cher), le 19 juillet 1868.
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

DES NÉVRITES SYPHILITIQUES
ET EN PARTICULIER
DE LA NÉVRITE CUBITALE
DE LA PÉRIODE SECONDAIRE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. LANDOUZY, professeur.
GAUCHER, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

28

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 novembre 1895, à 1 heure

Par Paul CHAMPENIER

Né à Orval (Cher), le 19 juillet 1868.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

DES NÉVRITES SYPHILITIQUES

ET EN PARTICULIER

DE LA NÉVRITE CUBITALE

DE LA PÉRIODE SECONDAIRE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. LANDOUZY, professeur.

GAUCHER, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	FAUCONNIER	MARFAN	SCHWARTZ
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef de	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomiques.	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	RETTÉ	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RICARD	WIDAL
CHASSEVENT	LETULLE	ROGER	WURTZ
DELBET			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0064

DES NÉVRITES SYPHILITIKES

ET EN PARTICULIER

DE LA NÉVRITE CUBITALE

De la période secondaire

AVANT-PROPOS

Les névrites au cours de la syphilis sont généralement des névrites par compression, ou considérées comme telles. En effet les nerfs, le plus souvent affectés, sont les nerfs crâniens que leur trajet expose tout particulièrement à être comprimés, soit par la méningite hyperplasique de la base du cerveau, soit par l'exostose des os du crâne, soit par la périostite des canaux osseux qu'ils traversent.

Mais les nerfs crâniens ne sont pas les seuls qui soient atteints, et, pendant notre année d'externat (1895) chez M. le Dr Gaucher, nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de névrite syphilitique du nerf cubital. Ces trois observations ont été présentées à la Société de dermatologie. Ces névrites sont survenues en pleine période

secondaire, et les malades n'ont présenté ni exostose, ni périostite, permettant de considérer ces névrites comme des névrites par compression.

Les névrites syphilitiques primitives, essentielles, sont peu connues; aussi, sur les conseils de notre maître, M. le Dr Gaucher, avons-nous fait sur ce sujet quelques recherches qui feront l'objet de notre thèse.

Avant de commencer ce modeste travail, nous tenons à remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux pour les bons enseignements et les bons conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

Nous remercierons tout particulièrement MM. les Drs Balzer et Gilbert, dont nous avons été l'externe.

Que M. le Dr Gaucher, qui nous a donné le sujet de notre thèse, reçoive ici l'expression de toute notre reconnaissance pour les excellentes leçons qu'il nous a données, et pour toute la bienveillance qu'il a constamment montrée pour nous.

Que M. le professeur Fournier, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'expression de tout notre respect et de toute notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Les premiers travaux d'ensemble sur les affections nerveuses syphilitiques sont dus à Lagneau (1860), Gros et Lancereaux (1861), Zambaco (1862). Dès cette époque, on réagissait contre l'opinion généralement admise, que la moëlle et le cerveau, de même que les différents viscères, n'étaient atteints qu'à la période tertiaire de la syphilis. Ces auteurs rapportent des observations dans lesquelles la syphilis a frappé, dès les premiers mois de l'infection, soit le cerveau, soit la moëlle. Depuis lors, grâce aux travaux de MM. Fournier, Mauriac, Gilbert et Lion, les localisations précoces de la syphilis sur les centres nerveux sont bien connues. D'après la statistique que nous donne M. le professeur Fournier dans ses *Leçons cliniques sur le tertiariisme précoce* (1893), les lésions du système nerveux viennent comme fréquence après les lésions cutanées, et cela, dès la première année de la syphilis.

Mais si les affections syphilitiques du système nerveux central sont bien connues, en revanche celles des nerfs périphériques le sont fort peu.

Ces dernières années, on s'est beaucoup occupé des névrites périphériques de toute nature. Les travaux de MM. Joffroy, Déjerine, Lancereaux, Pitres et Vail-

lard, Mme Déjerine Klumptre sont venus affirmer l'existence d'une névrite autochtone, d'une névrite primitive, sans lésions préalables des centres trophiques des nerfs. Ces auteurs ont publié des observations de névrites au cours des diverses intoxications et des diverses infections : fièvre typhoïde, variole, tuberculose, fièvre puerpérale, rhumatisme articulaire, etc.

Comme observations de névrite syphilitique, on n'a guère publié que des observations de paralysie faciale, de paralysie des oculo-moteurs, de paralysie des différents nerfs crâniens. Or, ces paralysies ont toujours été attribuées à la compression, soit par les méninges, soit par le périoste épaissi; elles ne seraient donc pas dues à des névrites primitives, essentielles. Lorsqu'il s'agit des nerfs crâniens, il est impossible d'affirmer qu'il n'existe pas de compression; mais lorsqu'il s'agit des nerfs rachidiens, si l'on ne trouve pas d'exostose, de périostite, pouvant comprimer le nerf dans son trajet, pourquoi ne pas admettre une névrite syphilitique analogue aux névrites des autres maladies infectieuses? D'ailleurs, si l'on considère la fréquence avec laquelle la syphilis se fixe sur les autres parties du système nerveux, cerveau et moëlle, il est tout naturel de penser qu'elle peut se fixer aussi, primitivement, sur les nerfs périphériques.

A ce propos nous nous demanderons de quelle nature sont les névralgies de la période secondaire. Sont-elles purement dynamiques, *sine materia*, sans lésions? Ne sont-elles pas plutôt symptomatiques de lésions de voisinage, comprimant ou irritant les nerfs, ou encore, de lésions intéressant la substance même des nerfs ou leur

névrilème, c'est-à-dire, symptomatiques d'un début de névrite ou de périnévrite? Cette action du poison syphilitique, produisant directement l'inflammation du nerf, n'est qu'une hypothèse que permet d'accepter la façon nouvelle de comprendre l'action des maladies infectieuses sur les troncs nerveux. On ne peut en effet être affirmatif avant que les constatations anatomiques aient établi la réalité de faits semblables.

Nous avons trouvé dans les publications étrangères un certain nombre de névrites syphilitiques; personnellement, nous n'avons observé que trois cas de névrite cubitale à la période secondaire. Nous n'entreprendrons donc pas une étude complète des névrites syphilitiques; nous passerons rapidement en revue les observations que nous avons pu trouver, pour étudier plus particulièrement la névrite cubitale de la période secondaire.

Mais notre étude, même restreinte à la névrite cubitale, sera forcément incomplète, car nous sommes obligés de laisser de côté l'un des chapitres les plus importants, celui de l'anatomie pathologique. Cependant, bien que nous manquions de preuves anatomiques, nous chercherons à montrer par l'analyse des symptômes cliniques que, dans nos observations, la névrite cubitale était due à une lésion nerveuse périphérique, sans altérations des centres nerveux, et qu'elle était indépendante de toute compression.

HISTORIQUE

En laissant de côté les nombreux cas de paralysies syphilitiques, que l'on peut considérer comme des paralysies secondaires : paralysie faciale, paralysie du muscle moteur oculaire commun, etc., nous n'aurons à relater qu'un nombre très restreint de névrites syphilitiques.

Dès 1852, le D^r Vaulpré (de Bourg-en-Bresse) publie, dans le *Bulletin de thérapeutique*, l'observation d'une femme, âgée de 38 ans, en pleine période secondaire, qui souffrait de douleurs violentes, lancinantes, paroxystiques, le long du nerf sciatique et du nerf crural. Les douleurs disparurent au bout de huit jours par le traitement mercuriel intense.

En 1859, le D^r Rodet, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon, rapporte, dans la *Gazette médicale de Lyon*, une observation d'atrophie musculaire progressive, de nature syphilitique, guérie par l'iodure de potassium. La maladie débuta un mois après le chancre induré par des douleurs sourdes dans les jambes, au niveau des mollets et des articulations, et siégeant aussi dans le bras droit. La faiblesse des jambes augmenta, les crampes devinrent plus fréquentes dans les mollets et dans les pieds, surtout du côté droit. Les doigts de la main droite étaient engourdis, et ne se rapprochaient

qu'incomplètement; le malade ne pouvait écrire qu'avec beaucoup de peine. Les muscles des éminences thénar et hypothénar, le court abducteur du pouce étaient atrophiés. Les muscles de l'avant-bras et du bras droits étaient notablement diminués de volume; la cuisse et le mollet droits étaient également plus amaigris qu'à gauche. Tous les muscles atrophiés étaient atteints de secousses fibrillaires. L'atrophie musculaire progressa; le malade boitait de la jambe droite et ne pouvait tenir une plume de la main droite. La maladie avait débuté en mars, l'amélioration ne se fit sentir qu'en octobre. Les crampes diminuèrent, les forces augmentèrent peu à peu, de sorte qu'au mois de janvier, le malade pouvait marcher et pouvait écrire, mais toujours avec difficulté. Les muscles atrophiés reprirent en partie leur volume primitif.

Ce n'est guère le tableau de l'atrophie musculaire progressive, qui débute par le court abducteur du pouce, qui envahit symétriquement les membres supérieurs, et qui évolue sans crampes et sans douleurs. Nous croyons plutôt qu'il s'agissait d'une névrite multiple d'origine syphilitique, analogue aux polynévrites que nous mentionnons plus loin.

En 1873, le Dr Mayaud, dans sa thèse, rapporte une observation de névrite cubitale de la période secondaire. Nous la reproduisons plus loin *in extenso*.

En 1880, le Dr Caradec (de Brest) publie, dans la *Gazette des hôpitaux*, une curieuse observation de névrite nodulaire du nerf saphène interne droit, à la période secondaire. Le nerf saphène présentait vingt-cinq à trente petits névromes, disséminés sur toute sa longueur; ces

névromes disparurent sous l'influence du traitement mercuriel.

En 1884, dans sa thèse *sur la Sciatique syphilitique*, le D^r Dubois rapporte un certain nombre de sciatiques de la période tertiaire de la syphilis, observations dues à Cirillo, Gérard, Zambaco, etc., et une observation de sciatique droite avec atrophie musculaire, survenue à la période secondaire et guérie par le traitement mixte. Nous la résumerons brièvement.

(Thèse de Dubois, Paris, 1884, Obs. XX).

La nommée B..., 21 ans, mariée le 10 mai 1882, devient enceinte. Quelques semaines après, boutons sur les parties génitales. Sirop de Gibert.

Le 22 décembre 1882. — Elle accouche d'un enfant mort-né. Quelque temps après, douleurs dans la cuisse gauche, plus intenses la nuit. Faiblesse de la jambe. Elle entre à l'hôpital le 18 février 1883. Taches cuivrées sur le thorax et sur le bras. Vive douleur le long du nerf sciatique gauche. Sensibilité diminuée dans tout le membre et notamment à la partie externe de la jambe, et sur le dos du pied. Membre inférieur gauche affaibli ; la malade ne peut marcher.

Injectons sous-cutanées de peptone mercurique ammonique.
Amélioration rapide en quatre ou cinq jours.

On combat l'atrophie musculaire par les courants continus. Le 31 mars 1883, la malade peut marcher ; elle quitte l'hôpital. La sensibilité n'est pas complètement revenue. La force manque encore. Plus de douleurs.

En octobre 1883, le membre du côté malade a repris son volume normal.

Le Dr Dubois conclut qu'il existe à la période secondaire une sciatique qui « peut être essentielle », une névrite subaiguë virulente qu'on pourrait comparer à la sciatique de l'infection purulente et de la fièvre typhoïde.

À l'étranger, cette question des névrites syphilitiques a été, ces dernières années, l'objet d'un assez grand nombre de travaux.

En 1879, Buzzard publie un cas de sciatique droite avec douleurs violentes, faiblesse du membre, atrophie musculaire. Le malade avait contracté la syphilis quinze ans auparavant. Il guérit par l'iodure de potassium en moins de cinq semaines.

En 1881, Ormerod présente à la Société de pathologie de Londres, un cas d'hypertrophie douloureuse du nerf médian et l'attribue à la syphilis héréditaire.

Buzzard, en 1885, rapporte une observation de paralysie faciale double, de paralysie des membres supérieurs et inférieurs, avec troubles de la respiration et de la déglutition et anesthésie disséminée à la période tertiaire. Le malade guérit par l'iodure de potassium et reprend ses occupations au bout de six mois.

Erhmann, en 1886, publie un cas de polynévrite survenue à la période secondaire; le nerf cubital était particulièrement atteint, nous rapportons cette observation plus loin.

Mills (C.-K.) présente la même année devant la Société de neurologie américaine, trois cas de névrites multiples d'origine syphilitique.

Kahler, dans un travail sur la *polynévrite radiculaire syphilitique* (1887), fait ressortir qu'il existe, outre des

altérations des racines dues à une compression exercée par un néoplasme syphilitique des méninges, une « névrite radiculaire primitive », consistant au début en une infiltration du tissu conjonctif par de petites cellules, qui a son point de départ, soit autour des vaisseaux, soit à la périphérie du nerf. Cette infiltration cellulaire aboutit à la formation d'un néoplasme et amène la destruction des fibres nerveuses.

Laschkewitch publie, en 1888, une clinique sur ce sujet. La même année, Leyden publie l'observation d'un jeune homme, qui présenta, à la période secondaire, des douleurs et de la parésie des deux bras, avec atrophie musculaire et réaction de dégénérescence.

Bowlby (1890), dans un travail *Sur les maladies des nerfs*, consacre un chapitre aux névrites d'origine syphilitique. Il rapporte un cas personnel de névrite de la période tertiaire avec mains en griffes, atrophie des interosseux et de tous les muscles innervés par le nerf cubital.

Vers la même époque, Taylor observait, à la période tertiaire de la syphilis, un autre cas de polynévrite des extrémités supérieures et inférieures, et de la face avec anesthésie disséminée et troubles trophiques très accentués du côté des doigts (amputations de phalanges).

Fordyce, en 1891, publie une observation de polynévrite des extrémités inférieures, coïncidant avec la roséole. La sensibilité était diminuée dans les membres inférieurs. Les muscles étaient atrophiés. Les fonctions de la vessie et du rectum restèrent normales tout le temps de la maladie. On donna le traitement mixte, on fit du massage, on

soumit les muscles atrophies aux courants galvaniques. L'amélioration fut rapide.

En 1892, Sorrentino publie un cas de polynévrite syphilitique qu'il suivait depuis deux ans. Cette observation est intéressante par la gravité des troubles trophiques que présenta le malade. Il eut des panaris des doigts avec nécrose consécutive ; la main droite perdit totalement la deuxième phalange de l'index, la dernière et une partie de la deuxième phalange de l'auriculaire.

A la main gauche l'ongle du pouce manquait ainsi que celui de l'index ; le médus avait été enlevé par amputations successives ; les autres doigts n'avaient pas souffert du processus nécrobiotique. Aux pieds, pas de mutilations, mais déformation par rétraction des tendons fléchisseurs. L'affection avait débuté environ cinq ou six mois après l'infection syphilitique. Le malade fut soumis au traitement mixte. Le processus nécrobiotique s'arrêta.

Sorrentino se demande quelle était la nature des lésions nerveuses dans ce cas. « Je crois, dit-il, qu'elles ont débuté par une lente inflammation dans les éléments fibreux des nerfs et dans le névrilème, inflammation suivie d'hyperplasie, d'où compression et dégénérescence des éléments nerveux ».

Telles sont les observations de névrite syphilitique que nous avons pu réunir. Maintenant nous allons étudier la névrite cubitale ; nous présenterons tout d'abord nos observations.

OBSERVATION I

Th. du Dr Mayaud, 1873.

La nommée G., Françoise, corsetière, entre le 8 août 1871, salle Sainte-Eugénie, n° 10, service de M. Lancereaux. Filletrès forte, au mois de janvier, elle contracte un chancre sur la lèvre droite qui dure trois semaines. Cet accident n'a pas été traité. En février : éruption généralisée, croûtes dans les cheveux. Aujourd'hui, nous voyons des taches de couleur café au lait, les unes de la dimension d'une petite lentille, les autres d'une pièce de vingt centimes, au niveau des plus larges il existe une petite cicatrice (ecthyma probable). La malade dit n'avoir eu qu'une seule éruption, un^{er} médecin consulté a fait faire des frictions avec l'onguent napolitain et a donné de l'iodure de potassium. Amélioration notable.

Il y a un mois et demi ou deux, pendant le cours de cette éruption, la malade était courbaturée, peau brûlante, fièvre, soit plus considérable la nuit que le jour, insomnie. La malade prétend n'avoir jamais eu de plaques muqueuses. Cette femme, quoique brune, sèche, d'un tempérament nerveux, ne présente aucun phénomène d'hystérie. Il y a deux mois, elle a éprouvé comme des fourmillements, un sentiment d'engourdissement dans l'auriculaire et l'annulaire droits, elle s'est aperçue en même temps que la sensibilité était abolie sur le côté interne du bras, elle a constaté que la main de ce côté avait moins de force musculaire.

Nous constatons à son entrée qu'il existe une anesthésie complète de la peau de toute la partie interne de l'avant-bras, et des deux doigts sus-nommés. Cette anesthésie disparaît insensiblement à mesure que l'on se rapproche de la ligne médiane. Bains

sulfureux tous les deux jours, iodure de potassium, un gramme. Sous l'influence de ce traitement nous voyons reparaitre assez promptement la sensibilité ; la malade, dès le 15, sent les pincements et les piqûres d'épingles. La sensation tactile est plus obtuse, il en est de même de la sensation du froid. Le 20, la sensibilité était à peu près normale. Dans le cours de son éruption, cette femme a eu, à plusieurs reprises, une exagération notable de l'appétit, une véritable boulimie avec polydipsie.

OBSERVATION II

Par le Dr Erhmann (*Wiener mediz. Blatter*, 1886).

A. Z..., 38 ans, cocher, entré le 16 décembre à l'hôpital, a toujours été bien portant jusqu'à il y a quatre mois, où il a contracté la syphilis. Phimosi; sur la paroi interne gauche du prépuce, on sent une nodosité dure, allongée, un peu plus grosse qu'une fève. Pléiade ganglionnaire. Sur le raphé pénoscrotal, à la face interne des cuisses et sur le scrotum, plaques muqueuses plus ou moins saillantes. Sur le tronc et les membres, syphilide maculeuse. Léger œdème des membres inférieurs et des paupières. Dans l'urine, on constate la présence d'une forte proportion d'albumine, d'épithéliums cylindriques, de corpuscules rouges et blancs du sang et d'épithélium des bassinets. Bains chauds, iodure de potassium, pansement avec l'emplâtre de Vigo.

20 janvier 1886. — L'exanthème du tronc a disparu et les plaques muqueuses se sont affaïssées.

19 février. — Plus d'albumine dans les urines.

25 février. — Le malade accuse des douleurs de l'estomac et de l'inappétence. Vomissements. On cesse l'iodure de potassium. Quelques jours plus tard, ictère.

29 avril. — Sur la face interne du tibia gauche, gonflement pâteux, douloureux du périoste. On revient à l'iodure de potassium.

5 mai. — Périostite de la malléole externe gauche. Le tendon d'Achille et le muscle gastro-cnémien sont sensibles à la pression.

16 mai. — Au niveau de l'os cuboïde, des deux côtés, tuméfaction très caractérisée. Douleurs dans les articulations des première et deuxième phalanges de l'annulaire gauche, sensation de fourmillements sur le côté cubital de l'avant-bras gauche, dans l'annulaire et le petit doigt du même côté.

En examinant avec soin le plexus brachial, les nerfs sont très sensibles à la pression, notamment le nerf cubital sur tout son trajet. Cette sensibilité est très marquée derrière le condyle interne, mais elle est encore plus prononcée au milieu de la face antérieure de l'avant-bras, elle reste très vive jusqu'à la région cubitale de la paume de la main où elle s'étend aux doigts annulaire et médius. Toutes les fois qu'on presse fortement les cordons nerveux dans le sillon bicipital, sur le plexus brachial, dans le creux axillaire, il se produit également des sensations douloureuses dans tout le bras.

La compression du nerf médian est moins douloureuse, celle du nerf radial ne provoque pas de douleurs. Si l'on compare cet état avec celui des nerfs du côté droit, il ne reste aucun doute sur la nature pathologique de ces douleurs. La pression sur la colonne vertébrale n'est pas douloureuse. Les espaces interosseux sont déprimés notamment entre les métacarpiens de l'annulaire et du petit doigt. Tous les muscles innervés par le cubital sont atrophiés. L'extension de l'annulaire et du petit doigt est incomplète au niveau des articulations phalangiennes. Les deux doigts ne peuvent s'appliquer l'un sur l'autre, ni l'annulaire complètement sur le médius.

L'examen de la sensibilité montre une hyperalgésie de tout

le côté cubital de l'avant-bras gauche, surtout dans sa partie inférieure. Sur la main, la zone hyperesthésique comprend la région cubitale et celle du nerf cutané médian. Dans la zone hyperesthésique, les piqûres produisent un pompholix, du volume d'un grain de mil, entouré d'une auréole rouge à peu près grande comme une lentille, phénomène que l'on doit rapporter à des troubles vaso-moteurs. La chaleur et le froid provoquent de la douleur dans la zone d'hyperalgésie.

L'irritabilité du nerf cubital et du nerf médian est diminuée.

Les nerfs du membre inférieur gauche se montrent également sensibles à la pression pendant tout le cours de la maladie.

Les réflexes rotuliens étaient prononcés des deux côtés, les réflexes tendineux des membres supérieurs étaient les mêmes à droite et à gauche.

La continuation de fortes doses d'iodure de potassium (2 grammes par jour), amena une amélioration telle qu'au commencement de juillet l'atrophie des muscles s'arrêta, les paresthésies disparurent, la sensibilité à la pression devint moindre. Cependant à ce moment, les symptômes étaient encore très manifestes.

OBSERVATION III

Névrite syphilitique du nerf cubital par MM. E. Gaucher et Barbe
(Soc. de Dermatologie, 10 janv. 1895).

Lucie R..., âgée de 18 ans, couturière, sans antécédents morbides dignes d'être notés, est entrée une première fois dans le service du Dr Gaucher le 13 novembre 1894. Elle avait alors des plaques muqueuses à la vulve et notamment une plaque muqueuse, à base légèrement indurée, siégeant sur le bord libre

de la grande lèvre droite. Cette dernière plaque semblait avoir succédé à un chancre induré datant du milieu du mois d'août.

De plus, la malade présentait des ganglions dans les aînes, et au cou une syphilis pigmentaire très marquée. Sous l'influence du traitement spécifique, consistant en deux pilules de sublimé de 0 gr. 01 chaque par jour, la malade fut vite améliorée et sortit guérie de l'hôpital le 21 novembre.

Toutefois, pendant ce premier séjour, elle avait ressenti déjà des douleurs névralgiques au niveau du coude droit, en même temps que des fourmillements dans l'annulaire et dans l'auriculaire du même côté; mais elle n'en avait pas parlé croyant inutile d'attirer l'attention sur ce symptôme. Elle ne s'en inquiéta guère que le jour où elle s'aperçut que la force musculaire de sa main droite diminuait notablement. Aussi rentra-t-elle à l'hôpital le 12 décembre.

Voici les symptômes que l'on constatait : les trois premiers doigts de la main droite étaient dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension, mais l'annulaire et l'auriculaire étaient à moitié renversés du côté de la face palmaire. En effet, les deux dernières phalanges de ces deux doigts ne pouvaient être étendues, de son côté la première phalange de ces mêmes doigts ne pouvait être fléchie pour la même raison, à cause de la paralysie des muscles interosseux, innervés par le nerf cubital. Les trois premiers doigts avaient conservé une certaine partie de leurs mouvements, par suite de l'intégrité des deux premiers lombricaux et des muscles de l'éminence thénar innervés (moins l'adducteur du pouce) par le nerf médian. De plus, on constatait que les deux derniers espaces interosseux, surtout le quatrième, étaient amaigris.

Lorsqu'on explorait la sensibilité des doigts, on voyait que celle de l'annulaire et du petit doigt avait beaucoup diminué, sans être abolie, celle des autres doigts était normale.

Enfin le mouvement d'extension de la main sur le poignet se faisait comme à l'ordinaire, mais la malade serrait moins énergiquement avec la main droite qu'avec la main gauche, à cause de la paralysie de la moitié interne du fléchisseur profond et des muscles de l'éminence hypothénar.

La malade était donc bien atteinte d'une névrite du nerf cubital, d'origine certainement syphilitique, aucune autre cause ne pouvant être invoquée pour expliquer cette paralysie. Aucun stigmate d'hystérie n'existait chez cette femme ; cette paralysie était survenue quatre mois après l'apparition du chancre.

Après avoir pris pendant quelques jours des pilules de sublimé, la malade fut soumise, le 15 décembre, à cause de son intolérance gastrique pour le médicament, aux injections sous-cutanées de benzoate de mercure.

Le 5 janvier elle quitta le service, pouvant remuer les deux derniers doigts ; l'atrophie musculaire des quatre espaces inter-osseux avait totalement disparu.

OBSERVATION IV

Deuxième cas de névrite syphilitique du nerf cubital, par MM. E. Gaucher, Sergent et Champenier.
(Société de Dermatologie, 18 avril 1895).

Marguerite J..., âgée de 34 ans, employée de commerce, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 2 février 1895, salle Nélaton, service de M. le Dr Gaucher.

Veuve depuis huit ans, elle a eu un seul rapport sexuel vers la fin de novembre 1894. Dans les premiers jours de janvier, elle a remarqué sur la face interne de la petite lèvre droite un bouton dur. A son entrée, on ne retrouve pas la trace de ce bouton.

Elle présente alors une roséole très nette et quelques papules caractéristiques sur l'abdomen. Pas de plaques muqueuses, quelques ganglions dans les aînes et au cou. Angine glandulo-catarrhale. La roséole disparaît au bout de deux jours, les papules persistent une semaine environ et ne laissent pas de traces. Pendant son séjour, la malade a présenté une autre papule à la nuque du côté gauche, papule qui a laissé à sa place une tache cuivrée.

La malade se plaint d'une violente céphalée qui existe depuis la fin de décembre 1894. Elle s'est déjà soignée, elle a pris de l'antipyrine pendant quelque temps, elle s'est frictionnée avec divers liniments sans parvenir à atténuer les maux de tête qui l'empêchent de dormir.

Outre cette céphalée, il existe une névralgie faciale droite avec ses points douloureux caractéristiques : sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier et auriculo-temporal. Cette névralgie est paroxystique et fait souffrir la malade surtout le matin.

Elle présente aussi des névralgies intercostales droites multiples, avec points douloureux au niveau d'émergence des branches antérieures, latérales et postérieures.

L'état général est bon, pas de fièvre, pas d'albuminurie.

Depuis la fin de janvier, la malade ressent dans le petit doigt de la main droite et dans la moitié interne de l'avant-bras du même côté des fourmillements et de l'engourdissement. Les fourmillements, inconstants au début, se sont accentués, ils ont envahi l'annulaire et maintenant ils sont continus ; ils sont plus intenses la nuit. La malade trouve que sa main droite est moins forte et qu'elle se fatigue rapidement lorsqu'elle travaille.

Troubles sensitifs. — Les diverses sensibilités sont presque abolies au petit doigt, elles sont diminuées à l'annulaire, à la

moitié interne du médius, aux faces dorsale et palmaire de la partie interne de la main, au bord cubital de l'avant-bras.

Troubles moteurs. — Lorsqu'on fait serrer un de ses doigts entre le pouce et le petit doigt ou l'annulaire de la malade, on constate une grande diminution de la force musculaire du côté droit, si l'on compare au résultat obtenu du côté gauche (adducteur du petit doigt). La différence, sans être aussi grande, est néanmoins sensible lorsque la malade pince avec le pouce et l'index (grand adducteur du pouce). La force dynamométrique est notablement diminuée à droite : elle est de 11 à droite, tandis qu'elle est de 35 à gauche.

On pourrait croire que le médian est aussi touché. En effet, lorsqu'on fait placer la main droite dans la flexion forcée et qu'on ordonne à la malade de la maintenir dans cette position en luttant contre la force qu'on déploie pour l'étendre, on voit qu'elle résiste moins que du côté gauche.

Mais la différence est si faible qu'on peut l'expliquer par la parésie des muscles de l'avant-bras qui sont innervés par le cubital (faisceaux internes du fléchisseur profond).

Traitement. — On prescrit deux pilules de sublimé d'un centigramme par jour, pilules que l'on remplace au bout de quelques jours par des injections hypodermiques de benzoate de mercure (un centigramme par jour), parce que la malade présente des symptômes d'intolérance gastrique. On donne aussi contre les névralgies de l'antipyrine pendant quelques jours.

Le 13 février. — La névralgie faciale a diminué d'intensité, il n'existe plus d'accès paroxystiques, les douleurs sont sourdes, les points d'émergence des branches du trijumeau sont toujours sensibles à la pression.

Atrophie musculaire. — Le 23 février, la malade nous fait

remarquer que le bord interne de sa main droite s'aplatit ; il est, en effet, légèrement aplati et le dernier espace interosseux est plus déprimé à droite qu'à gauche (adducteur du petit doigt et interosseux du 4^e espace). L'éminence thénar est également légèrement aplatie (grand adducteur du pouce).

Le 1^{er} mars. — Tous les espaces interosseux de la main droite sont plus accentués que du côté gauche. La force dynamométrique est toujours de 11 à droite et de 35 à gauche. Le 10, la force dynamométrique est de 20 à droite, elle est de 25 le 22 mars. Le mieux s'accroît chaque jour bien que les espaces interosseux ne soient pas normaux. La sensibilité ne s'améliore pas.

Le 1^{er} avril. — La malade quitte le service, les espaces interosseux sont peut-être encore un peu déprimés, la malade pince certainement moins fort du côté droit que du côté gauche. La force dynamométrique est remontée à 31 à droite, elle est toujours de 35 à gauche. Les fourmillements que la malade ressentait dans l'annulaire, dans l'auriculaire, dans le bord interne de l'avant-bras du côté droit existent toujours.

Les douleurs remontent même plus haut ; elle souffre dans le bras, bien qu'on ne constate pas de différence dans la force musculaire entre les deux bras. Elle nous dit que le bras droit se fatigue rapidement.

La sensibilité est ce qu'elle était au début, obtuse dans la région innervée par le cubital. La céphalée, la névralgie faciale sont guéries, mais les névralgies intercostales sont toujours aussi violentes, et ne sont calmées que par le stypage.

En résumé, il s'agit d'un cas de syphilis à la période secondaire avec manifestations nerveuses multiples. La céphalée, les névralgies faciales, intercostales, avec accès paroxystiques, surtout nocturnes, sont fréquentes dans la syphilis. Quant à la névrite accompagnée, elle aussi, de phénomènes douloureux

avec paroxysmes nocturnes, on est obligé de la rattacher à la syphilis, car on ne trouve aucune autre cause.

La malade ne présente pas de symptômes d'hystérie, ni d'aucune autre intoxication.

OBSERVATION V

Troisième cas de névrite syphilitique du nerf cubital, par MM. E. Gaucher et Champenier (*Soc. de Dermatologie*, juillet 1895).

Mme M..., âgée de 30 ans, blanchisseuse, vient le 30 janvier 1895, consulter M. le Dr Gaucher à l'hôpital Saint-Antoine. Elle présente une éruption généralisée discrète qui a débuté, il y a trois semaines, par les avant-bras. Cette éruption est caractérisée par de larges papules aplaties, cuivrées, légèrement squameuses, occupant les bras et les avant-bras, la poitrine, le dos, la nuque et le cuir chevelu, le ventre, les cuisses. Adénopathie polyganglionnaire rétro-cervicale et inguinale bilatérale. Plaques muqueuses vulvaires. Sur la grande lèvre gauche, tuméfiée et indurée, on remarque une lésion ulcéreuse à peu près cicatrisée; c'était en ce point très probablement que siégeait l'accident primitif. Tubercules muqueux périvulvaires et périanaux, quelques syphilides érosives au niveau de la fourchette.

La gorge présente une teinte érythémateuse générale. On trouve aussi quelques papules squameuses à la face palmaire de chaque main.

L'état général est bon.

On lui prescrit deux pilules de sublimé, d'un centigramme chacune, par jour, un gargarisme au chlorate de potasse et de

la pommade au calomel pour panser les plaques muqueuses vulvaires.

6 février. — L'éruption a pâli, la vulve est en voie de guérison. On continue le traitement.

20 février. — L'éruption prend une teinte cuivrée. La malade est très anémiée, on continue les pilules de sublimé.

La malade, qui se croyait guérie, cesse de prendre des pilules au commencement de mars, et ne revient à la consultation que le 17 avril. On constate alors que l'éruption a augmenté d'intensité sur tout le corps. Les papules sont devenues plus saillantes; elles sont rouges, enflammées, ulcérées même, par places, notamment au niveau du pli du coude.

Aux lèvres plaques muqueuses commissurales; plaques muqueuses confluentes de la langue et de la gorge.

Le 20 avril. — La malade est admise à l'hôpital Saint-Antoine, salle Nélaton, service de M. le Dr Gaucher. On lui fait chaque jour une injection hypodermique d'un centigramme de benzoate de mercure, on lui donne en même temps deux grammes d'iodure de potassium par jour. Elle quitte l'hôpital le 19 mai; elle est à peu près guérie; il ne persiste que trois ou quatre syphilides squameuses au niveau des épaules.

On lui recommande de venir trois fois par semaine pour qu'on lui fasse des injections mercurielles, et de prendre des pilules de sublimé les autres jours.

En dépit de nos recommandations, la malade suit très irrégulièrement son traitement et c'est seulement le 14 juin qu'elle revient à la consultation des maladies de la peau.

Depuis quinze jours, l'éruption est réapparue. En même temps sont survenus des troubles nerveux assez accentués. La malade est triste ou gaie sans raison, elle pleure sans motif. Elle a de l'insomnie, une céphalée nocturne qui la fait beaucoup souffrir. Elle a, deux ou trois heures après avoir mangé,

une sensation de pesanteur au creux épigastrique avec envies de vomir, accompagnée d'angoisse précordiale et de bouffées de chaleur à la tête.

L'appétit est conservé, pas de constipation, pas d'albuminurie. Les plaques muqueuses vulvaires sont guéries.

En outre depuis huit jours la malade ressent dans le poignet droit une douleur continue avec exacerbations nocturnes. Elle s'aperçoit que sa main droite devient moins forte. La douleur dans le poignet, la faiblesse de la main s'accroissent peu à peu. On trouve à l'examen les symptômes suivants :

Le point douloureux, dont la malade se plaint depuis huit jours, est situé au niveau de l'os crochu, là où le nerf cubital passe du carpe dans le métacarpe. Le nerf cubital est d'ailleurs sensible à la pression dans tout son trajet antibrachial et au coude dans la gouttière épitrochléenne. La sensibilité à la pression dans son trajet brachial est normale.

La malade éprouve en même temps des fourmillements et de l'engourdissement de l'annulaire et de l'auriculaire droits.

Troubles sensitifs. — Si l'on examine la sensibilité de la main et de l'avant-bras droits, on trouve que les diverses sensibilités sont abolies à la dernière phalange de l'auriculaire. Elles sont notablement diminuées aux deux autres phalanges de l'auriculaire, à l'annulaire, à la moitié interne du médus et à la moitié interne de la main, faces dorsale et palmaire. La sensibilité est aussi légèrement diminuée au bord cubital de l'avant-bras.

Troubles moteurs. — Quand on regarde la main de la malade on est frappé tout d'abord par la position du petit doigt qui reste écarté de l'annulaire ; la malade ne parvient à mettre ces deux doigts en contact qu'avec beaucoup de difficulté (adduc-

teur du petit doigt). Le mouvement d'adduction de la main est difficile à exécuter (cubital antérieur). La malade pince moins fort avec le pouce et le petit doigt, à droite qu'à gauche (adducteur du petit doigt). La différence est également sensible, si elle pince avec le pouce et l'index (adducteur du pouce). La force dynamométrique de la main droite est diminuée ; elle est de 6 à droite, de 30 à gauche. Cette diminution peut s'expliquer par ce fait que les deux faisceaux internes du fléchisseur profond, innervés par le nerf cubital, sont légèrement atteints. Pour la même raison, la force de flexion de la main sur l'avant-bras est diminuée (faisceaux internes du fléchisseur profond et cubital antérieur). L'extension de la main sur l'avant-bras est normale. La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras semblent aussi normales.

Troubles trophiques. — A son entrée on ne trouve pas d'atrophie musculaire. La main droite, qui tient le fer à repasser, est au contraire plus épaisse que la main gauche ; mais au bout de quelques jours, il semble que le dernier espace interosseux se soit un peu affaissé.

En résumé, la région innervée par le nerf cubital est seule atteinte ; on ne trouve rien d'anormal dans la sphère d'innervation du médian ou du radial.

Nous n'avons pas trouvé de périostites, ni de périostoses sur aucun point du trajet sensible du nerf cubital, ni, d'ailleurs, sur aucun autre point du corps. Pas de névralgies dans aucune région.

Traitement. — Chaque jour une injection hypodermique d'un centigramme de benzoate de mercure et un gramme d'iodure de potassium.

16 juin. — Même état, la force dynamométrique est la même.

19 juin. — Il y a une amélioration sensible; la force dynamométrique est remontée à 16 du côté droit, elle est toujours de 30 à gauche. Le 3 juillet, elle est de 23 à droite. L'amélioration de la force musculaire s'accroît donc de jour en jour, depuis que l'on fait des injections hypodermiques régulièrement. Mais la sensibilité n'a pas été modifiée, elle est toujours diminuée dans la région innervée par le cubital. Le nerf cubital est toujours sensible à la pression.

Nous avons donc, en somme, une névrite du nerf cubital chez une syphilitique en pleine période secondaire.

Cette névrite est indubitablement d'origine syphilitique, car nous ne trouvons aucune autre cause, notamment pas d'intoxications. La malade est devenue nerveuse depuis que sa syphilis s'est aggravée, mais elle n'est pas, à proprement parler, hystérique. Cependant elle appartient à une famille de névropathes. Sa mère est morte il y a quatre mois; elle était atteinte de la folie de la persécution. Ses deux oncles maternels sont morts fous. Ces antécédents constituent certainement une prédisposition aux accidents nerveux que nous constatons aujourd'hui.

20 août. — La malade revient à la consultation pour une vive douleur dans la jambe droite. La marche est douloureuse; elle peut à peine appuyer le pied droit sur le sol. Cette douleur siège sur le trajet du nerf sciatique poplité interne et du nerf tibial postérieur.

Traitement. — Deux pilules de sublimé d'un centigramme chacune et un gramme d'iodure de potassium par jour. Cachets d'antipyrine.

1^{er} septembre. — La douleur dans la jambe n'est pas aussi forte; la marche est moins pénible.

25 octobre. — Les douleurs sont complètement disparues depuis plus de trois semaines. La malade a cessé tout traitement.

Nouvelle éruption. Au coude gauche, syphilide papulo-squameuse en nappe (psoriasis syphilitique), aussi large que la paume de la main ; une autre large papule devant les plis de l'aisselle à droite ; sur le côté gauche du cou, papule de la largeur d'une pièce de deux francs. La malade présente toujours de la syphilis pigmentaire. Sur le tronc et sur les membres on voit de nombreuses taches cuivrées laissées par les éruptions précédentes.

Traitement. — Deux centigrammes de sublimé en deux pilules et un gramme d'iodure de potassium par jour.

3 novembre. — L'éruption s'est peu modifiée. On donne 1 gr. 50 d'iodure de potassium, on continue les pilules. Emplâtre de Vigo sur les syphilides.

La force dynamométrique de la main gauche est maintenant égale à celle de la main droite. Cependant la malade rapproche difficilement l'auriculaire des autres doigts, et elle pince moins fort avec le pouce et l'auriculaire à droite qu'à gauche.

La sensibilité est toujours diminuée.

SYMPTOMES DE LA NÉVRITE CUBITALE

Dans les observations précédentes, la névrite du nerf cubital est apparue dans les six premiers mois de l'infection syphilitique, c'est-à-dire en pleine période secondaire. Les malades commencent par se plaindre de douleurs, de fourmillements, de picotements, d'engourdissement dans le petit doigt et l'annulaire. La sensation d'engourdissement d'abord vague devient plus nette de jour en jour, les douleurs augmentent peu à peu d'intensité.

Les douleurs sont de deux espèces. Il y a tout d'abord des douleurs vives, lancinantes, spontanées, survenant tout-à-coup, suivant le trajet du nerf cubital depuis le coude jusqu'au poignet, jusqu'à l'annulaire et à l'auriculaire. Ce sont des élancements névralgiques, paroxystiques plus fréquents et plus intenses la nuit. La malade, qui fait le sujet de notre observation IV, avait de ces crises douloureuses qui revenaient à peu près régulièrement vers quatre ou cinq heures du matin ; ces douleurs paroxystiques la réveillaient ; elle ne les calmait qu'en pressant sa main droite dans sa main gauche.

A côté de ces douleurs intermittentes, il existe des douleurs sourdes, continues, que l'on peut réveiller en comprimant le nerf cubital ; soit dans son trajet antibrachial, soit au niveau de la gouttière épitrochléenne. Dans notre

observation V, il y avait dès le début une douleur siégeant au niveau du poignet, au point où le nerf cubital passe du poignet dans le carpe, entre le pisiforme et l'os crochu. Le nerf cubital était aussi très sensible dans la partie inférieure de son trajet antibrachial ; dans la gouttière épitrochléenne, il était plus gros, plus facile à comprimer que sur un sujet sain, et aussi plus douloureux.

Donc au début engourdissement du petit doigt et de l'annulaire, et douleurs le long du nerf cubital, douleurs très supportables d'ailleurs. Aussi les malades ne s'en inquiètent guère et l'affection passe facilement inaperçue. Témoin la malade de notre observation III dont la névrite débuta alors qu'elle était à l'hôpital. On l'ignorait lorsqu'on lui donna son exeat. Elle revint à la consultation un mois après parce que, sa main droite, ayant perdu beaucoup de sa force, elle travaillait avec difficulté.

Les malades ne s'inquiètent donc de cette affection que le jour où, la parésie musculaire succédant, s'ajoutant plutôt aux phénomènes douloureux, ils se trouvent gênés dans leur travail par la faiblesse de la main.

Les troubles de la motilité sont en rapport avec les muscles innervés par le nerf cubital. A la main, le cubital innerve les deux derniers lombicaux, tous les interosseux, l'adducteur du pouce qui est aussi un muscle interosseux ; il innerve en outre tous les muscles de l'émittance hypothénar, tous les muscles qui font mouvoir le petit doigt. Or, les symptômes sont les suivants : difficulté pour pincer avec le pouce et l'index, impossibilité d'étendre complètement l'annulaire et le petit doigt (Obs. III), difficulté pour rapprocher le petit doigt de l'annu-

laire (Obs. V). On trouve également dans tous les cas une diminution très nette de la force dynamométrique de la main, ce qui est dû à la parésie des deux faisceaux internes du muscle fléchisseur profond, qui sont innervés par le nerf cubital. Pour la même raison l'extension de la main est difficile. Enfin le mouvement d'adduction de la main s'exécute avec peine, parce que le cubital antérieur, qui participe à ce mouvement, est atteint aussi dans son innervation.

La contractilité électrique est diminuée dans les muscles atteints.

Les mouvements auxquels prennent part exclusivement les muscles innervés par le nerf médian et le nerf radial sont normaux.

Les troubles de la motilité et de la sensibilité s'accompagnent bientôt de troubles trophiques. A la parésie musculaire succède l'atrophie musculaire. Les espaces inter-osseux s'accroissent, l'espace situé entre le pouce et l'index maigrit, l'éminence hypothénar s'affaisse, le bord interne de la main s'aplatit.

Nous n'avons pas vu ces symptômes s'accroître davantage; nous n'avons pas observé la griffe cubitale des paralysies traumatiques, avec impotence fonctionnelle consécutive. Nous n'avons constaté de troubles trophiques notables, ni de la peau, ni des ongles, ni des poils.

Donc troubles de la sensibilité, puis troubles de la motilité, et enfin atrophie musculaire.

Nous reviendrons un peu sur les troubles de la sensibilité. Nous avons parlé des douleurs du début, douleurs subjectives, mais nous avons laissé de côté les troubles

de la sensibilité cutanée. Ces modifications de la sensibilité sont trop importantes pour les passer sous silence.

Le nerf cubital fournit la sensibilité cutanée : 1° à la face postérieure de la main et des doigts, en dedans d'une ligne qui divise en deux parties égales la main et la première phalange du médus, puis se dévie en dedans pour descendre sur le milieu des deuxième et troisième phalanges de l'annulaire ; 2° à la face palmaire de la main et des doigts, en dedans d'une ligne partageant en deux l'annulaire.

Dans les paralysies traumatiques les troubles de la sensibilité cutanée sont nettement limités à cette région. Il n'en est pas de même ici. L'anesthésie est certainement plus accentuée à l'annulaire et au petit doigt que partout ailleurs, mais la sensibilité est aussi diminuée dans toute l'étendue du médus, bien que les deux dernières phalanges de ce doigt doivent leur innervation cutanée au nerf médian.

En outre, dans toutes nos observations, il y a aussi une légère diminution de la sensibilité dans la moitié interne de l'avant-bras, bien que l'innervation cutanée de cette région soit due au brachial cutané interne.

Nous ajouterons qu'il n'y a pas de dissociation de la sensibilité ; les diverses sensibilités sont semblablement affectées.

Enfin l'anesthésie peut être remplacée par de l'hyperesthésie comme dans l'observation du Dr Erhmann ; mais l'hyperesthésie dépasse la sphère du nerf cubital, elle envahit également la région du nerf cutané médian, et celle du brachial cutané interne.

DIAGNOSTIC ET PATHOGÉNIE

La considération des symptômes cliniques permet d'éliminer l'existence d'une lésion de la moëlle limitée à la région cervicale, car il faudrait admettre que les cellules des cornes antérieures de la moëlle cervicale soient altérées sur une étendue correspondant exactement au centre médullaire des muscles de la main, et, en outre, que le centre sensitif de ce même territoire soit seul touché. La sensibilité à la pression du nerf cubital, plus accentuée à la périphérie, plaide en faveur d'une lésion périphérique et non d'une lésion centrale.

Dans l'atrophie musculaire progressive, comme dans le cas qui nous occupe, il y a, au début, de l'atrophie des éminences thénar et hypothénar et des muscles interosseux, mais les lésions sont bilatérales et symétriques. L'atrophie des masses musculaires s'effectue sans douleurs, il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Nous avons donc une lésion périphérique du nerf cubital, est-elle due à la syphilis ?

Nous éliminerons, tout d'abord, la névrite *a frigore* et la névrite traumatique, nos malades n'ayant pas été exposés au froid, n'ayant pas subi de traumatismes. Ce n'est pas non plus de la névrite rhumatismale, car ils n'ont jamais ressenti de douleurs articulaires.

Est-ce une névrite toxique ou infectieuse ? Il n'y a, dans les antécédents, ni intoxication, ni infection.

Peut-être pourrait-on incriminer l'intoxication mercurielle ? Récemment, au Congrès de médecine interne tenu à Bordeaux au mois d'août dernier (1895), MM. Spillmann et Etienne (de Nancy) présentèrent trois observations de névrites avec douleurs dans les membres, atrophie musculaire et parésie dans l'hydrargyrisme aigu et subaigu. Or, les syphilitiques, soumis au traitement mercuriel, sont exposés à tous les accidents de l'hydrargyrisme. Mais si nous nous reportons aux observations, nous constatons que, si dans les observations III et V les malades suivaient le traitement mercuriel depuis le début de leur syphilis, par contre dans l'observation IV le traitement mercuriel n'avait pas été institué avant l'apparition de la névrite. D'ailleurs, l'amélioration de la névrite par le traitement mercuriel intensé permet d'éliminer l'intoxication hydrargyrique.

Il est une autre cause de névrite à la période secondaire, c'est la compression du nerf, soit par une exostose, soit par de la périostite ; lésions très fréquentes dès cette période de la syphilis (Le Bachelier et Naudet, thèses de Paris, 1882).

M. Barthélémy a observé un cas de névrite cubitale à la période secondaire avec troubles sensitifs et moteurs, et, plus tard, avec une atrophie très marquée des muscles, dans le département bien circonscrit du nerf cubital. Il y avait, dans ce cas, une périostite du corps du cubitus, assez développée pour comprimer le nerf, et l'atrophie musculaire s'accroissait à mesure que la périostite

se développait. Dans les cas que nous avons observés, il n'y avait pas de périostites et particulièrement pas de périostite de l'humérus, ni du cubitus, par suite pas de compression du nerf cubital.

En l'absence de toute autre cause, nous admettons donc qu'il s'agit de névrites cubitales de nature syphilitique. Peut-être existe-il une prédisposition individuelle, permettant d'expliquer cette localisation particulière de la syphilis. En effet, sur cinq observations, quatre se rapportent à des femmes, et la femme est bien plus sujette que l'homme aux nombreuses manifestations nerveuses de la période secondaire. Nous n'avions cependant pas affaire à des hystériques, aucune d'elles ne présentait les symptômes de cette affection.

Dans l'observation V, la prédisposition individuelle ne peut guère être mise en doute. La malade a des antécédents héréditaires nerveux très importants. Sa mère est morte, atteinte de la folie des persécutions; ses deux oncles maternels sont morts fous. Ces antécédents ont créé certainement une prédisposition toute particulière aux accidents nerveux qu'elle a présentés au cours de sa syphilis (modifications du caractère, insomnie, névrite cubitale, etc.).

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La localisation de la syphilis sur les nerfs est un indice de syphilis maligne précoce. La malignité de la syphilis est évidente dans notre observation V, dans laquelle trois éruptions se sont succédées dans l'espace de six mois. Malgré la gravité de la syphilis, le pronostic de la névrite cubitale est favorable. Nous n'avons jamais constaté d'impotence musculaire absolue, ni de troubles trophiques graves. Il est vrai que dans tous les cas les malades ont suivi régulièrement le traitement mercuriel.

Aux malades des observations III, IV et V, nous avons tout d'abord donné des pilules de sublimé que nous avons remplacées par des injections hypodermiques de benzoate de mercure, quand les accidents ont exigé un traitement plus actif. En effet le traitement par les injections hypodermiques est plus énergique, car la totalité de sel injecté est rapidement absorbée. Nous avons accordé la préférence au benzoate de mercure. Voici la formule que nous avons employée :

Benzoate de mercure. Vingt-cinq centigr.

Eau distillée. 30 grammes.

Chlorure de sodium chimiquement pur. . . 0 gr. 06 centigr.

Chlorhydrate de cocaïne. Six centigr.

Le chlorure de sodium favorise la solubilité du benzoate de mercure, le chlorhydrate de cocaïne permet de faire des injections à peu près indolores.

Un centimètre cube de cette solution représente environ un centigramme de benzoate de mercure. Nous avons injecté chaque jour une seringue de Pravaz ; cette dose nous a suffi pour améliorer l'état de nos malades. Si la syphilis était grave, il ne faudrait pas hésiter à injecter deux centimètres cubes de la solution par jour.

Nous avons toujours fait nos injections dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région fessière ; nous n'avons jamais eu d'abcès, mais nous avons toujours pris les plus grandes précautions antiseptiques. Nous avons pu ainsi faire une piqûre chaque jour, pendant plus de trois semaines, à nos malades sans qu'elles en soient incommodées.

Au mercure, on peut adjoindre l'iodure de potassium.

En outre, les courants continus seront un utile adjuvant pour lutter contre l'atrophie musculaire, pour régénérer les muscles atrophies et hâter le rétablissement de la force musculaire.

CONCLUSIONS

1° La syphilis peut porter son action sur les nerfs périphériques dès les premiers mois de l'infection ;

2° Elle peut affecter plusieurs nerfs (polynévrite), ou un seul nerf (cubital, sciatique) ;

3° Ces névrites sont distinctes des névrites par compression ;

4° Elles sont justiciables du traitement spécifique. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'améliorent rapidement ; l'atrophie cesse de s'accroître, la force musculaire revient peu à peu. La sensibilité reste obtuse pendant un certain temps.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- RODET. — Hémiplégie atrophique chez un syphilitique.
Gaz. méd. de Lyon, 25 avr. 1859.
- VAULPRÉ. — Sciatique syphilitique. Bull. de thérap., 1852.
- LAGNEAU (G.). — Affections nerveuses syphilitiques, in-8°, Paris, 1860.
- GROS (Léon) et LANCEREAUX (E.). — Des affections nerveuses syphilitiques, in-8°, Paris, 1861.
- LADREIT DE LACHARRIÈRE. — Des paralysies syphilitiques, thèse de Paris, 1861.
- ZAMBACO (D.-A.). — Des affections nerveuses syphilitiques, in-8°, Paris, 1862.
- SONREL STÉPHANE. — Les paralysies syphilitiques du mouvement, thèse de Strasbourg, 1862.
- BAHNAUD. — Paralysie faciale au début de la syphilis. Gaz. des hôp., 1863, p. 582.
- MARTY. — Paralysie faciale au début de la syphilis, Gaz. des hôp., 1863, p. 473.
- BRUNEAU. — Sciatique syphilitique, Gaz. des hôp., 1864.
- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, Paris, 1866, in-8°.
- READE THOMAS. — Syphilitic affections of the nervous system. London, 1867, in-8°.
- DAVIDAGLOU. — Syphilis du système nerveux, th. de Paris, 1868.

- FAID (T.).— Troubles de la sensibilité générale dans la syphilis secondaire, th. de Paris, 1870.
- MAURIAC. — Affections syphilitiques, précoces du système osseux. Gaz. des hôp., 1872.
- FOURNIER. — Formes précoces de syphilis nerveuse. Gaz. hebdomad., 1872, n. 45.
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis étudiée surtout chez la femme. Paris, 1873, in-8°.
- POPESCU. — Des périostites secondaires de la syphilis. Th. Paris, 1873.
- MAYAUD. — Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux. Th. Paris, 1873.
- BUZZARD. — Clinical aspects of syphilitic nervous affections. London, 1874, in-8°.
- BROADBENT. — Lettsonian lectures on Syphilis as a cause of diseases of the nervous system. Brit. med. Journ., 24 nov. 1874.
- DÉJERINE. — Atrophie musculaire et paraplégie dans un cas de syphilis maligne précoce. Arch. de phys., 1876, p. 430.
- LOUBAT (J.-B.). — De quelques phénomènes nerveux pouvant survenir chez la femme à la période secondaire. Th. de Paris, 1877.
- ALTHAUSS (J.). — Sur les affections syphilitiques du système nerveux. Med. Times and Gaz., 10 nov. 1877.
- FOURNIER. — Les accidents nerveux de la syphilis. Gaz. méd. de Paris, 1877, p. 601-603.
- FOURNIER. — Syphilis du cerveau, 1879.
- MAURIAC. — Affections syphilitiques précoces des centres nerveux ; in Ann. Dermat., 1879.
- MAROTEL. — De quelques manifestations nerveuses syphilitiques. Th. Paris, 1879.

- BUZZARD (Th.). — Leçons cliniques sur deux cas de névrite syphilitique et rhumatismale. *Lancet*, 1^{er} mars 1879.
- JOFFROY. — De la névrite parenchymateuse. *Arch. de phys.*, 1879.
- GROS. — Névrite disséminée. Th. de Lyon, 1879.
- BUZZARD. — A case of rapid and almost universal paralysis involving the four extremities both sides of face; respiration, déglutition ; syphilitic history, recovery. *Tr. clin. Soc., London*, 1889, 180, 190.
- CARADÉC. — Névromes multiples avec troubles trophiques dans le cours de la syphilis secondaire. *Gaz. des hôp.*, 1880, n° 13.
- LANDOUZY. — Paralysies dans les maladies aiguës. Th. agrég., 1880.
- LE BACHELIER. — Contribution à l'étude de la périostite secondaire. Th. Paris, 1881.
- ORMEROD. — Enlargement of the median nerve. *Brit. med. J.*, London, 1881.
- NAUDET (Etienne). — Des périostoses crâniennes dans la période secondaire de la syphilis. Th. Paris, 1882.
- JOFFROY. — Paraplégie syphilitique. *Gaz. des hôp.*, 1882, n° 116.
- PITRES et VAILLARD. — Contribution à l'étude des névrites non traumatiques. *Arch. de phys.*, 1883.
- HUCHARD. — Angine de poitrine chez un syphilitique. *Progrès médical*, 1882, n. 39.
- DUBOIS. — De la sciatique d'origine syphilitique. Th. Paris, 12 févr. 1884.
- DARGAUD. — De l'hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. Th. Paris, 6 janv. 1885.

BUZZARD. — On some forms of paralysis dependent upon
periph. neuritis. *Lancet*, nov. 1885.

GAUDICHIER. — Syphilis cérébrale précoce. *Th. Paris*, 26
mars 1886.

HALE WHITE. — Névrite périphérique chez une femme
morte de syphilis cérébrale. *Brit. méd. J.*, mai
1886.

ERHMANN. — Ein fall von halbseitiger Neuritis spinaler
Aeste bei recenter lues. *Wiener medizinische Blät-
ter*, 1886, n^{os} 46 et 47.

MILLS (C.-K.). — The concurrence of multiple neuritis with
myelitis or encephalitis. *Med. News.*, 691-693,
Phila., 1886.

BRISSAUD. — Paralysies toxiques. *Th. agrég.*, 1886.

GRIMODIE. — De la pathogénie des névrites. *Th. Paris*,
1887.

KAHLER (O.). — Die multiple syphilitische Wurzelneuritis.
Zeitsch. für heilk., Prague, 1887.

HALLOPEAU. — Sur l'angine de poitrine syphilitique, in
Ann. dermat., 1887.

LACHKEWITCH. — Neuritis multiplex chronicaluetich.
proischoj. Saint-Pétersbourg, *Russk. med.*, 1887-
1890, 888.

LEYDEN. — Die Entzündung der peripheren nerven (poly-
neuritis, neuritis multiplex) deren Pathologie und
Behandlung. *Berl., Deutsche mil. artzl. Ztschr.*,
1888.

BRETEAU. — Des myélites syphilitiques précoces. *Th.*
Paris, 1889.

MAURIAC. — Lés affections syphilitiques des nerfs et des
organes des sens. *Revue générale de clinique et
de thérapeutique*, 1889, n. 50.

- BAUDOIN. — Contribution à l'étude des syphilis graves précoces. *Gaz. des hôp.*, 1889.
- GILBERT et LION. — De la myélite syphilitique précoce. *Arch. génér. de méd.*, 1889.
- DÉJERINE-KLUMPKE. — Des névrites périphériques. Th. Paris, 1889.
- TAYLOR. — A contribution to the study of multiple neuritis of syphilitic origin. *New-York med. Journ.*, 1890, 1-6.
- BOWLBY (A.). — Injuries and diseases of nerves and their surgical treatment. Phila., 1890, in-8, 20 pl.
- FORDYCE (J.-A.). — Peripheral neuritis of syphilitic origin. *J. Cutan. and Genito-Urin. Dis.*, N. J. 1891, 174-181.
- GAJKIEWITZ. — Syphilis du système nerveux. In-8° Paris, 1892.
- SORRENTINÓ (F.). — Un caso di polinevrite sifilitica. *Riforma medica*, 25 avril 1892.
- KASIMIR. — Myélite syphilitique. Th. Paris, juill. 1863.
- BARET. — Des névrites infectieuses et toxiques. *Arch. de méd. milit.*, juil. 1893.
- FOURNIER. — Des syphilis secondaires malignes. *Union médicale*, 6 juill. 1893.
- RAYMOND. — Atrophie musculaire à marche progressive chez les syphilitiques. *Soc. méd. des hôp.*, 3 fév. 1893.
- ERHMANN. — Casuistique de la névrite irritative syphilitique périphérique. *Wiener medic. Wochensch.*, 33, 1894.
- FOURNIER. — Le tertiarisme précoce, 1893, nos 49, 50, 51, 52 et 1894 n° 1; *Gaz. méd. de Paris.*

- Boix. — De la paralysie faciale précoce de la période secondaire de la syphilis. Arch. gén. de méd., fév. 1894.
- HULKE. — Peripheral neuritis of sensory nerves of integument of the buttocks, penis, scrotum, posterior surfaces of thighs, legs, and feet, syphilis. Lancet, London, 1894, I, 802.
-

Vu : le Président de la thèse,

FOURNIER

Vu le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

